

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

187

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DUMÉRY

Né à Alès (Gard), le 6 mai 1906
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Le Souffle continu thyroïdien supérieur dans le Basedowisme

Président : M. ÉMILE SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DUMÉRY

Né à Alès (Gard), le 6 mai 1906
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Le Souffle continu thyroïdien supérieur dans le Basedowisme

Président : M. ÉMILE SERGENT, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

DOYEN . . . M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale.
CHIRAY . . . Clinique médicale.
DEBRÉ . . . Clinique médicale.
DUVOIR . . . Clinique médicale.
FIESSINGER . . Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.
BASSET . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale
MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
METZGER . . Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

Médecin colonel

Médecin chef de la Place de Limoges

Chirurgien de l'hôpital mixte de Limoges

*Qui m'a toujours donné l'exem-
ple de sa haute conscience profes-
sionnelle, faible témoignage de
mon amour filial.*

A MA MÈRE

*Qui m'a toujours prodigué son
immense tendresse.*

A MON FRÈRE GEORGES

Ingénieur. Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

A MON FRÈRE PIERRE

Etudiant en médecine

*En témoignage de ma grande
affection.*

A M. LE MÉDECIN COLONEL MALASPINA

*En reconnaissance de l'intérêt et
de l'affection qu'il m'a toujours té-
moignés et qui m'ont été si pré-
cieux au cours de mes années
d'étude.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique médicale propédeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LIAN

Médecin de l'Hôpital Tenon
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré ce travail.
Hommage respectueux. En reconnaissance de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant notre séjour dans son service et pendant la préparation de ce travail.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

(*Externat*, 1925. *Internat*, 1926).

Externat, 1925 :

A M. LE DOCTEUR DONNET, professeur de clinique
chirurgicale.

A M. LE DOCTEUR DELOTTE, chirurgien de l'hôpital.

Internat 1926 :

A M. LE DOCTEUR MARCLAND, médecin de l'hôpital.

A M. LE DOCTEUR FILHOULAUD, chirurgien de l'hôpital.

A M. LE DOCTEUR BOURGUIGNON, médecin de l'hôpital.

A M. LE DOCTEUR GOULIER (*in memoriam*).

Externat (1927-1931).

1927. M. LE DOCTEUR WIART, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
M. LE DOCTEUR CAPETTE, chirurgien des hôpitaux.
1928. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER, médecin de l'hôpital Lariboisière.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVALLIER, médecin des hôpitaux.
1929. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN, médecin de l'hôpital Tenon.
M. LE DOCTEUR BLONDEL, assistant du service de M. le Professeur Lian.
M. LE DOCTEUR CHIRIÉ, accoucheur de l'hôpital Hôtel-Dieu.
1930. M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.
1931. M. LE PROFESSEUR SÉZARY, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
M. LE DOCTEUR CATHALA, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Le Souffle continu thyroïdien supérieur dans le Basedowisme

I. — HISTORIQUE. — OBJET DE LA THÈSE

La maladie de Basedow ou goitre exophtalmique est une affection caractérisée par quatre symptômes cardinaux auxquels s'ajoutent une série de signes secondaires, la plupart d'ordre nerveux, qui donnent à la maladie une allure toute spéciale. Quand la tétrade : hypertrophie du corps thyroïde, exophtalmie, tachycardie et tremblement se trouve au complet, on a une maladie de Basedow typique et le diagnostic est évident. Mais à côté de ces cas types, ne présentant aucune difficulté diagnostique, il est de nombreux cas de Basedow frustes, caractérisés soit par une tachycardie avec exophtalmie sans goitre, soit par une tachycardie avec goitre sans exophtalmie, soit par une tachycardie isolée.

« On connaît bien, depuis la thèse de Pierre Marie, la fréquence des syndromes basedowiens frustes, mais dans bien des cas on devait se résigner à laisser le diagnostic en suspens, dit mon maître M. Lian dans son article sur les tachycardies permanentes régulières. » Très grandes, en effet, sont

les difficultés du diagnostic clinique, surtout si l'on se souvient que « ni les troubles fonctionnels « (insomnie, amaigrissement, irritabilité du caractère), ni le tremblement (symptôme fréquent chez « tous les tachycardiques basedowiens ou non) ne « sont des facteurs décisifs, pour permettre de « poser en clinique, un diagnostic de Basedow « fruste. Pour établir celui-ci, il est indispensable « qu'à la tachycardie s'ajoutent des signes thyroïdiens ou oculaires ».

A l'hôpital, où les malades peuvent être plus facilement suivis qu'en clientèle, la recherche du métabolisme basal permet d'apporter un renseignement décisif pour poser le diagnostic de maladie de Basedow. En clientèle courante, la difficulté que l'on a à suivre les malades, le défaut d'instrumentation pour la recherche du métabolisme font que le clinicien est assez souvent obligé de se passer de ce renseignement. Il importe donc que le médecin connaisse les signes qui lui permettront de faire au lit du malade le diagnostic de Basedow fruste. Dans ce sens M. Lian écrit les lignes suivantes dans son article sur les tachycardies permanentes régulières :

« Il est très important de rechercher chez tous « les tachycardiques, non seulement l'exophtalmie, mais aussi tous les petits signes oculaires « basedowiens, parmi lesquels le plus significatif est « celui décrit par De Graefe (asynchronisme des « mouvements du globe oculaire et de la paupière « supérieure). A côté de l'augmentation de volume

« du corps thyroïde qui manque ou est peu nette
« dans les cas frustes, il existe trois petits signes
« thyroïdiens qu'il est bon de connaître :

« a) le souffle thyroïdien ;

« b) le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne (signe de Lian) ;

« c) le signe de la tache rouge thyroïdienne de
« Marañon ».

C'est sur la valeur séméiologique du premier des signes indiqués ci-dessus, le souffle continu thyroïdien supérieur, que nous désirons attirer particulièrement l'attention. C'est l'étude de ce signe (description, pathogénie, valeur séméiologique) qui fera l'objet de notre thèse.

Nous montrerons l'intérêt que l'on peut avoir à le rechercher pour déceler un syndrome basedowien fruste. Il pourra permettre d'éviter une erreur de diagnostic, consistant à prendre un basedowien fruste pour un tuberculeux, un cardiaque ou un nerveux.

Mais jusqu'à présent, le souffle continu thyroïdien supérieur n'a été que brièvement mentionné et sa valeur séméiologique n'est pas précisée dans les traités. Nous avons, tout d'abord, été curieux de rechercher ce qui avait été écrit par les anciens auteurs. Dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* de A. Dechambre on trouve le passage suivant :

Parlant de la fréquence extrême du pouls dans la maladie de Basedow-Graves, l'auteur poursuit :

« Cette excitation circulatoire se retrouve sur-
« tout dans la sphère des vaisseaux du cou qui bat-
« tent d'une façon exagérée. Les grosses artères du
« thorax et de la tête sont le siège de pulsations
« violentes plus intenses et plus visibles que dans
« l'insuffisance aortique. Chez certains malades, le
« cou, les tempes sont soulevés incessamment par
« un battement expansif comme s'il existait *un vaste*
« *anévrisme* étendu depuis le cuir chevelu jusqu'au
« sternum. Vient-on à poser le doigt sur la région
« pré-trachéale, on sent qu'il est soulevé énergique-
« ment comme par un ressort et en même temps
« on perçoit une vibration comparable au thrill des
« anévrysmes artério-veineux. Applique-t-on le
« stéthoscope sur la région carotidienne on entend
« un souffle tantôt doux, tantôt d'une rudesse sin-
« gulière, correspondant à la diastole artérielle si
« l'on ausculte les carotides, continu avec un ren-
« forcement au niveau des veines jugulaires.

Cet extrait de l'ancien dictionnaire encyclopédi-
que de A. Dechambre est fort intéressant. Il permet
de constater une grande précision, dans la descrip-
tion faite par les anciens auteurs, de l'éréthisme
vasculaire dans la maladie de Basedow. Une phrase
surtout attire particulièrement notre attention, car
nous aurons l'occasion d'établir ultérieurement un
rapprochement entre le souffle continu thyroïdien
et le souffle continu des anévrysmes artério vei-
neux. Les anciens auteurs écrivaient déjà dans cet
article : on perçoit une vibration comparable au

« thrill des anévrysmes artério-veineux. » Peut-être (nous le verrons plus loin) pourrait-on rapprocher en effet la production du souffle continu thyroïdien de celle du souffle continu des anévrysmes artério-veineux.

Par contre, pour ce qui est des caractères du souffle lui-même, nous verrons que la description en est inexacte, car l'auscultation des artères thyroïdiennes supérieures fait percevoir dans les cas typiques non pas seulement un souffle systolique mais un souffle continu. De plus, nous montrerons comment ce souffle continu thyroïdien supérieur est facile à distinguer des souffles continus jugulaires.

Dans les articles ultérieurs des traités classiques, nous avons retrouvé une description analogue de l'éréthisme vasculaire du cou et quelques détails concernant le souffle thyroïdien. Dans son article du traité Sergent sur les glandes endocrines, M. Harvier écrit :

« Le goitre exophtalmique est un goitre vasculaire. Au palper il offre une consistance élastique « demi-molle. Parfois il donne une sensation de « frémissement ou d'expansion synchrone aux systoles cardiaques. A l'auscultation, on entend fréquemment un bruit de souffle à renforcement systolique. »

Ce qui concerne le souffle entendu à l'auscultation de la glande est peu précis. « On entend un bruit de souffle à renforcement systolique » mais le siège du souffle n'y est pas précisé.

« A vrai dire, la perception d'un souffle systolique dans la région thyroïdienne est un fait banal sans importance pour le diagnostic. Par contre, le souffle continu à renforcement systolique dans cette même région a une valeur diagnostique considérable. » (*Les tachycardies permanentes régulières*, P. agrégé C. Lian.)

Dans le *Traité de Pathologie chirurgicale*, M. le professeur Lenormant accorde une plus large part à ce signe :

« Le caractère le plus constant et le plus significatif du goitre basedowien, écrit-il, est d'être un goitre *vasculaire* (Kocher) : de cette vascularisation témoignent, en clinique, les battements et l'expansion observés au niveau du goitre lui-même, ses variations de volume sous l'influence de l'effort et de toutes les causes de congestion, sa réductibilité partielle, sa diminution après la mort; cette vascularisation s'étend au dehors de la glande et l'on note une exagération des battements des artères thyroïdiennes, souvent des pulsations au niveau des grosses veines du cou, un souffle systolique ou *continu à renforcement systolique* qui se perçoit à l'auscultation de la glande aussi bien que des artères thyroïdiennes et des carotides et s'accompagne de frémissement, de la dilatation serpentine des artères, une augmentation de nombre et de calibre des veines : cette vascularisation règle pour ainsi dire toute l'évolution de la maladie, elle apparaît avec elle, et le syn-

« drome basedowien s'atténue quand elle disparaît » (Kocher). »

Nous avons tenu à citer en entier ce passage concernant le souffle continu à renforcement systolique que l'on peut percevoir à l'auscultation du corps thyroïde au cours d'un syndrome basedowien. Il met simultanément en lumière en effet deux éléments différents : D'une part l'auteur insiste sur la vascularisation si importante de la glande au cours du basedowisme, et nous verrons l'intérêt de ce signe pour l'étude de la pathogénie du souffle continu. D'autre part, il indique que c'est un souffle que l'on peut entendre aussi bien « à l'auscultation de la glande que des artères thyroïdiennes ». Or, ce que nous essayerons de montrer, c'est que le souffle continu thyroïdien supérieur est perceptible en effet à l'auscultation des artères thyroïdiennes et du corps thyroïde, mais en outre qu'il a son maximum au niveau du pédicule thyroïdien supérieur. Nous verrons du reste que le souffle continu n'est qu'un des souffles multiples qui peuvent être perçus pendant l'auscultation du corps thyroïde ou de ses pédicules vasculaires et nous tâcherons de montrer de quelle façon il faut procéder en clinique pour distinguer ces souffles les uns des autres.

Dans les autres traités que nous avons consultés, le souffle thyroïdien est mentionné mais on ne trouve nulle part d'indications précises concernant sa valeur séméiologique et son siège.

Dans le *Précis de Pathologie interné* (collection

Widal) ayant trait aux maladies des glandes endocrines on lit le passage suivant :

« Dans la maladie de Basedow le pouls paraît faible, mou et contraste avec l'énergie et la violence des battements non seulement du cœur, mais aussi des gros vaisseaux du cou et de la tête. Ceux-ci sont animés de pulsations fortes et visibles à distance ; ils sont élargis surtout au niveau des ramifications, sinueux et cela sans qu'il y ait trace d'artério-sclérose. Ces violentes pulsations qui s'observent aux carotides, aux temporales, déterminent parfois un tremblement rythmique de la tête. D'autres fois les artères du cou et des tempes présentent une expansion diffuse qui pourrait faire croire à un anévrysme. La palpation de la région carotidienne fait percevoir un thrill manifeste et son auscultation *un souffle continu avec renforcement*. Les gros vaisseaux placés près de l'aorte thoracique ne participent pas toujours à cet éréthisme des artères cervicales et céphaliques. »

Plus loin dans cet article classique, M. Souques écrit :

« A la palpation, le goitre offre une consistance qui varie suivant son ancienneté.

« Au début, la thyroïde est élastique, relativement molle ; plus tard elle devient dure et résistante. La palpation fait souvent percevoir un frémissement vibratoire et un mouvement d'expansion systolique de la glande qu'il faut distinguer du soulèvement dû aux battements carotidiens. A l'auscul-

« tation, on peut entendre des souffles vasculaires
« continus ou discontinus surtout aux pôles de la
« thyroïde et variant d'intensité pendant le cours de
« la maladie. »

Les différents passages que nous avons cités ont été pris dans les manuels classiques actuels de Pathologie interne. Des travaux plus récents ont été publiés dernièrement dans lesquels une étude minutieuse de l'hyperthyroïdie a été faite. Nous voulons parler des rapports du Congrès de Médecine de Liège de 1930 sur les hyperthyroïdies et de la thèse de Gilbert-Dreyfus concernant le même sujet. Mais là encore le souffle continu thyroïdien n'a pour ainsi dire pas retenu l'attention. Dans son article, M. le Professeur Marcel Labbé écrit :

« Seuls l'élévation du métabolisme basal et l'amaigrissement paraissent absolument indépendants de
« la perturbation neuro-végétative et constituent les
« témoins, les plus fidèles de l'hyperactivité thyroïdienne Dans les syndromes basedowiformes purement sympathiques, le métabolisme se maintient
« avec une constance remarquable aux environs de
« la normale..... De tous les éléments de la tétrade
« classique, le goitre est par définition le plus évocateur....., lorsqu'il existe, le goitre peut revêtir les
« aspects les plus polymorphes. Tantôt les caractères sont ceux que lui assignent les classiques ;
« tantôt et dans près d'un quart des cas, les signes
« d'hypervascularisation font défaut, qu'il s'agisse
« des battements vasculaires, de l'expansion, du

« souffle systolique ou encore du thrill palpatoire.
« Bien plus encore, loin de rencontrer toujours l'hy-
« perplasie diffuse, il n'est pas rare de trouver des
« maladies de Basedow avec goitre nodulaire com-
« prenant un ou même plusieurs noyaux adénoma-
« teux. »

On se rend compte que nulle part on ne trouve une description détaillée du souffle continu thyroïdien. Le siège où il doit être recherché n'est pas indiqué ou n'est qu'esquissé, sa valeur séméiologique non étudiée. Cela est dû à notre avis à ce qu'on n'a pas étudié avec suffisamment de soin les caractères des souffles thyroïdiens, et qu'on n'a pas cherché à montrer la distinction fondamentale qu'il y a à faire entre la valeur diagnostique d'un souffle systolique thyroïdien et celle du souffle continu.

Le but de cette thèse est de combler les lacunes ou les imperfections des descriptions antérieures concernant les souffles vasculaires perçus dans le goitre exophtalmique.

Nous montrerons, quels sont les caractères, quel est le siège maximum du souffle dit thyroïdien. Nous insisterons sur les moyens de le distinguer des souffles continus jugulaires et nous serons conduits à montrer la grande importance diagnostique du souffle continu thyroïdien supérieur, qui, perçu chez un sujet ayant quelques éléments du syndrome basedowien, a une importance véritablement décisive.

Il n'y a pas, mise à part l'élévation du métabo-

lisme basal, un autre symptôme qui soit caractéristique du basedowisme à un aussi haut degré. Nous trouvons donc que l'importance de ce symptôme a été sous-estimée, dans tous les travaux concernant le goitre exophtalmique.

II. — DESCRIPTION DU SOUFFLE CONTINU THYROIDIEN SUPÉRIEUR DANS LE BASEDOWISME

Avant de faire la description du souffle continu thyroïdien supérieur et des autres souffles thyroïdiens qu'il conviendra de différencier du premier cité, il nous semble utile de rappeler succinctement l'anatomie des pédicules vasculaires du corps thyroïde.

La recherche du siège du souffle continu nécessite, en effet, la connaissance de l'abord de la thyroïde par ses divers troncs vasculaires, artériels ou veineux. Nous donnerons également quelques détails concernant les capillaires de la glande, ce qui rendra plus aisée l'étude de la pathogénie du souffle.

A) Anatomie.

On sait que le corps thyroïde est composé d'une partie moyenne horizontale l'isthme et de 2 lobes latéraux à peu près verticaux. Il possède une vascularisation particulièrement riche, attestant nettement l'importance de ses fonctions. Quatre artères, deux de chaque côté, alimentent ses réseaux capil-

lares. Ce sont les thyroïdiennes supérieures et inférieures. Une cinquième artère, médiane, inconstante d'ailleurs, est constituée par la thyroïdienne moyenne de Neubauer.

A) Le pédicule supérieur est un pédicule compact représenté par :

a) *L'artère thyroïdienne supérieure.* — Celle-ci est une artère volumineuse, considérée par certains comme l'artère principale du corps thyroïde. Par son développement, son calibre, son trajet et son mode de division elle offre des caractères plus constants que l'inférieure (Alamartine).

Née le plus souvent du bord antérieur de la carotide externe dont elle est la première collatérale elle se détache plus rarement d'un tronc commun avec la linguale. Elle se porte d'abord transversalement en avant et légèrement en bas, puis après un trajet de 5 à 10 mm. elle se recourbe pour se diriger verticalement descendante *vers la corne supérieure du lobe latéral du corps thyroïde, sommet de la corne sur laquelle* elle se divise en ses 3 branches terminales. *C'est au contact même, ou en tout cas très près de cette corne* que l'artère se trifurque, l'enlaçant dans un véritable filet vasculaire (Alamartine). Elle donne classiquement 3 branches :

a) Externe ;

b) Postérieure ;

c) Intérieure.

b) *La veine thyroïdienne supérieure.* — Elle suit assez exactement l'artère de même nom mais elle

est plus volumineuse et va aboutir au « confluent hyoïdien » se réunissant parfois aux veines linguales, pharyngiennes et faciales pour former le tronc thyro-linguo-facial qui se jette dans la jugulaire interne.

Il faut signaler que l'artère thyroïdienne, d'un calibre toujours considérable est en raison inverse de celui des autres thyroïdiennes, et en rapport direct avec le volume du corps thyroïde.

B) *Le pédicule inférieur* ou plutôt postéro-inférieur n'est pas comme le supérieur un pédicule compact. C'est un « système épars » composé d'éléments inférieurs et postérieurs.

c) *L'artère thyroïdienne inférieure* est classiquement moins volumineuse que la supérieure, moins constante comme origine et mode de division bien que certains (Cunéo-Lorin) la considèrent comme le vaisseau fondamental du corps thyroïde. Elle représente le plus souvent la branche la plus interne du tronc thyro-bi-cervico-scapulaire qui se détache de la sous-clavière. Elle monte d'abord verticalement en haut, puis à 1 cm. environ au-dessous de la 6^e cervicale elle se recourbe en bas et en avant. Devenue presque horizontale, elle croise perpendiculairement la face postérieure du paquet vasculo-nerveux carotidien. Arrivée en dedans de lui elle décrit un second coude cette fois concave en haut et un peu en arrière qui la ramène sur les côtés de l'œsophage et de la trachée. Elle aborde le lobe latéral enfin *non pas au niveau de sa corne inférieure*

mais à sa face postérieure à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs.

L'artère thyroïdienne inférieure atteint donc non pas la corne correspondante du lobe, comme la supérieure mais sa face postérieure. Elle s'épanouit non pas au contact, mais à distance de la glande en 3 branches profonde, inférieure, postérieure.

Aucune veine n'est à proprement parler satellite de l'artère thyroïdienne inférieure. En effet la classique veine thyroïdienne moyenne qui est tendue du tiers inférieur du lobe latéral au bord antérieur de la jugulaire interne ne lui répond qu'en projection et assez mal.

C) *L'artère thyroïdienne moyenne* variable et inconstante venue quand elle existe du tronc artériel brachio-céphalique ou de la crosse de l'aorte, présente pour nous moins d'intérêt.

D) *Anastomoses.* Ayant étudié les pédicules vasculaires artériels et veineux du corps thyroïde, il semble utile de savoir maintenant ce que deviennent les vaisseaux au contact de la glande.

α) *Les veines* sont largement anastomosées entre elles, formant un réseau très riche, surtout abondant en dedans de la capsule et lorsqu'il existe un goitre. Particulièrement dilatées dans la maladie de Basedow elles adhèrent à la gaine conjonctive péri-thyroïdienne qui les maintient béantes, elles sont de plus avalvulées (Kocher) ;

β) *Les artères.* Pour les artères, il existe dans

l'épaisseur même de la capsule propre ou immédiatement au-dessous d'elle, deux ordres d'anastomoses extra-glandulaires (Alamartine).

1° Des anastomoses longitudinales unilatérales entre les 2 artères du même côté représentées par un lacis qui enveloppe chaque lobe à la manière d'un filet. Ce lacis est surtout développé en arrière dans l'angle trachéo-œsophagien où il existe une véritable « communicante longitudinale postérieure » (Bérard).

2° Des anastomoses bilatérales de lobe à lobe. Ce n'est pas une « arcade sous-isthmique » unissant bien rarement les thyroïdiennes inférieures (Delore et Alamartine) mais un « arc artériel complexe à la formation duquel concourent les branches internes des thyroïdiennes supérieures, des rameaux venus de la communicante postérieure et de la crico-thyroïdienne.

Mode de division intra-thyroïdien. — De la face profonde de ces anastomoses, partent des rameaux droits, perforants qui longent les cloisons fibreuses que la capsule envoie dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire puis s'unissent et forment des réseaux à mailles très serrées dans lesquelles sont comprises les vésicules.

Au point de vue pratique il est bon de diviser le corps thyroïde en 2 zones (Bérard).

1° Une zone corticale mesurant environ 1 cm. d'épaisseur où l'on trouve des artérioles ;

2° Une zone centrale où il n'y a plus que des capillaires.

B) Description du souffle.

Certaines descriptions ont déjà montré qu'on peut entendre à l'auscultation du corps thyroïde ou de la région carotidienne dans le goitre exophtalmique, ou bien : un *souffle systolique*, ou bien : un *souffle continu à renforcement systolique*. Enfin il y a des cas dans lesquels on ne perçoit aucun souffle.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps au souffle systolique. Nous ferons remarquer seulement que lorsqu'il existe il est perçu, non pas à l'auscultation du corps thyroïde, mais à l'auscultation des artères du cou. On le trouve sur le trajet de la carotide primitive ou même de la carotide externe, en particulier au niveau de la naissance de l'artère thyroïdienne supérieure. La constatation de ce souffle pour prendre de l'importance, gagnera à être faite en appliquant le sthétoscope aussi légèrement que possible, de façon à éviter de comprimer l'artère. A ce point de vue il y a lieu de mentionner qu'il est plus recommandable d'employer un sthétoscope bi auriculaire, (à membrane de petite dimension), car avec un tel appareil il est aisé de frôler seulement les téguments, sans exercer une véritable compression. Toutefois, sans vouloir dès maintenant empiéter sur la valeur séméiologique des souffles cervicaux perçus dans le goitre exophtalmique, nous signalerons

déjà la fréquence des cas où en dehors du goitre exophtalmique on peut percevoir un souffle systolique à l'auscultation carotidienne. Par conséquent, chez un sujet chez qui on discute le basedowisme, la constatation d'un souffle systolique carotidien ne pèse pas d'un poids bien lourd dans la discussion du diagnostic.

Il n'en est plus de même pour les cas où l'on perçoit, chez un sujet suspect de basedowisme, un souffle continu au niveau du cou. Aussi, allons-nous plus longuement nous intéresser aux caractères cliniques du souffle continu thyroïdien.

α) *Siège du souffle.* — Nous commencerons cette étude, par la technique à suivre pour la recherche du souffle et nous préciserons le siège de son intensité maxima. Nous avons vu dans le premier chapitre de cet ouvrage que ce dernier point avait toujours été délaissé. M. Lian, qui a constaté depuis plusieurs années déjà, la valeur séméiologique du souffle thyroïdien continu dans le basedowisme le précise nettement dans un article paru récemment.

« Son intensité maxima, écrit-il, est trouvée à l'auscultation, non pas du corps thyroïde, mais du pédicule thyroïdien supérieur, immédiatement en dedans du pôle supérieur du lobe latéral : il peut parfois n'être entendu que là et ne pas être perçu à l'auscultation du corps thyroïde » (*Tachycardies permanentes régulières*).

Nous signalerons cependant que, si l'intensité du

souffle est maxima au niveau du pédicule thyroïdien supérieur, il arrive fréquemment qu'on l'entende au niveau de la glande elle même. Malgré tout il ne faut rien exagérer et nous dirons que dans la majorité des cas le souffle n'est perçu que dans le territoire du lobe latéral où aboutit le pédicule vasculaire, siège du souffle.

Ce dernier est rarement perçu chez le même sujet au niveau des deux pédicules thyroïdiens supérieurs. On l'entend à droite ou à gauche mais très rarement des deux côtés à la fois. Si le souffle est bilatéral il est toujours beaucoup plus net d'un côté mais l'éventualité la plus fréquente consiste à trouver un souffle continu d'un côté, un souffle systolique ou un simple thrill artériel de l'autre. Il ne semble pas qu'il soit plus souvent perçu à droite qu'à gauche ou inversement.

Dans certains cas, le souffle peut être entendu cependant, non seulement dans toute l'étendue du corps thyroïde, mais encore à son pourtour. Cela s'observe dans les cas rares où l'intensité du souffle est particulièrement marquée. Ce qu'il convient de retenir, c'est que l'intensité maxima répond toujours au pédicule thyroïdien supérieur. C'est donc là qu'il faudra rechercher le souffle.

Dans ce but, quelques détails de technique sont utiles à connaître. Ils sont basés sur la topographie du pôle supérieur du lobe latéral thyroïdien. On sait que celui-ci atteint le tiers inférieur ou le milieu de l'aile latérale du cartilage thyroïde.

Avant de pratiquer l'auscultation de la glande, on commencera par inspecter le corps thyroïde à jour frisant. On pourra par ce procédé sommaire d'investigation avoir déjà une première notion de la situation du pôle supérieur. On complétera cette recherche par la palpation. L'échancrure supérieure du cartilage thyroïde servant de premier point de repère, on longera avec l'index le bord supérieur de l'aile latérale. Le siège de cette dernière précisée, la membrane du sthétoscope bi-auriculaire y sera appliquée : qu'on commence par l'auscultation du pédicule thyroïdien droit ou gauche, cela n'a pas d'importance. Nous conseillons cependant de commencer par le côté où l'hyperplasie thyroïdienne est la plus marquée.

Le souffle continu thyroïdien pourra être perçu à ce niveau, sinon il suffira de le placer légèrement au-dessus ou au-dessous.

Nous venons d'indiquer comment il fallait procéder pour rechercher le souffle thyroïdien continu. « Il importe également de savoir le distinguer des souffles veineux continus qui ne sont pas rares dans les jugulaires. On fera la différenciation grâce à cette particularité que ces derniers ont leur maximum près de la clavicule, soit dans le triangle de Sédillot (entre les deux chefs d'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien), soit dans le triangle sus-claviculaire. En somme, le souffle continu thyroïdien a son maximum en dedans du pôle supérieur du lobe latéral, tandis que les souffles veineux con-

tinus ont leur maximum au voisinage du pôle inférieur du lobe latéral thyroïdien. »

β) *Pression du sthétoscope.* — D'une façon habituelle, le souffle est perçu sans qu'on exerce la moindre pression. L'observation V de Mme C... indiquée plus loin le montre nettement. « A l'auscultation du corps thyroïde, au niveau du pédicule thyroïdien supérieur gauche, on perçoit même en effleurant à peine les téguments, un souffle continu très intense, un peu musical même. Ce souffle existe immédiatement au-dessus et au-dessous du point où l'intensité est maxima. »

En ce qui concerne le souffle continu thyroïdien, il ne peut être question de penser à un souffle produit par le sthétoscope. D'ailleurs, quand on comprime une artère, l'auscultation permet d'entendre un souffle systolique, mais il ne s'agit jamais dans ce cas d'un souffle continu.

Donc, un souffle continu perçu avec un sthétoscope dans les conditions que nous venons d'indiquer, ne peut être que pathologique. Nous avons cherché s'il était possible de faire apparaître chez les basedowiens un souffle continu par une pression forte ou moyenne, alors que la simple apposition du sthétoscope ne le faisait pas entendre. En général, nous avons échoué. Tout au plus, puis-je citer une observation dans laquelle, par une pression moyenne dans un goitre exophtalmique on a perçu un souffle continu qui n'avait pas été entendu par la simple apposition du sthétoscope.

Les nombreuses observations que nous avons faites nous font envisager d'une façon différente de celle de M. le professeur Sébilleau la valeur séméiologique du souffle thyroïdien, quand il écrit :

« L'auscultation au sthétoscope décèle (dans l'auscultation du pédicule thyroïdien supérieur) un souffle qui résulterait de la pression sur une artère thyroïdienne et serait donc plus artificiel que réel ».

γ) *Caractères du souffle en lui-même.* — Le timbre et l'intensité du souffle continu présentent des variations selon les cas. C'est un souffle généralement doux pendant la diastole, rude au contraire pendant la systole, et qui a pour caractère d'être superficiel. Si dans l'ensemble il peut être comparé à un murmure assez doux, il arrive parfois cependant qu'il présente une certaine rudesse. Très intense, il peut « être piaulant » (obs. IV) ou affecter « un timbre musical » (obs. V). Quand il est léger, il donne à l'oreille l'impression « d'un murmure continu ». Parfois il simule un roulement. On se rendra compte, en lisant les observations qui sont à la fin de ce travail, que le souffle continu peut donner à l'oreille des impressions essentiellement différentes, mais dans la majorité des cas, il s'agit d'un souffle relativement doux.

δ) *Fréquence du souffle continu.* — Nous n'avons pas trouvé, dans les ouvrages même récents, de renseignements susceptibles d'établir la fréquence du souffle continu sur un grand nombre de cas.

Aussi nous sommes-nous basés pour cela sur les observations que M. Lian a recueillies dans son service hospitalier depuis plusieurs années. Nous avons bien trouvé, dans la thèse de Gilbert-Dreyfus, de nombreux résultats de statistique fort intéressants, mais ceux-ci visaient simultanément tous les souffles thyroïdiens. Ceux-ci sont observés d'après Gilbert-Dreyfus dans 63,4 % des cas de goitre exophthalmique vrai, mais la distinction entre le souffle systolique et le souffle continu n'y était pas faite.

Dans les rapports du Congrès français de Médecine de Liège sur les hyperthyroïdies on ne s'occupe également dans les statistiques que de l'ensemble des souffles thyroïdiens, qui seraient observés d'après M. le Professeur Marcel Labbé dans la proportion de 50 à 60 % des cas.

Nous allons essayer de combler cette lacune et d'établir d'après les 92 observations de goitre exophthalmique que nous avons consultées la fréquence approximative avec laquelle le souffle continu thyroïdien est observé. Sur nos 92 cas de Basedow le souffle continu fut perçu 20 fois. Cela fait donc que le souffle est constaté dans 21 % des cas environ.

Le fait de ne trouver le souffle continu qu'une fois sur cinq environ, peut paraître minime au premier abord. Si on réfléchit cependant, que ce signe n'est rencontré que dans le basedowisme, on se rendra vite compte de l'importance diagnostique

qu'il prendra quand il sera rencontré. Il devient, en effet, un signe pathognomonique et il n'est point nécessaire d'insister davantage pour voir les services qu'il peut rendre quand le diagnostic est hésitant.

ε) *Variations du souffle.* — L'intensité du souffle, son timbre sont très vraisemblablement liés à l'hypervascularisation si marquée de la glande au cours de la maladie de Basedow. Les caractères du souffle semblent également fonction de la tachycardie et de l'hyperthyroïdisme. On conçoit aisément que, si l'hypervascularisation thyroïdienne ou l'hyperthyroïdisme diminue, le souffle diminue également d'intensité ou même disparaît. Ces modifications de l'hypervascularisation peuvent tenir à plusieurs causes. On sait, d'une part, que le goitre présente de véritables poussées congestives qui augmentent son volume, lors des règles par exemple, ou du fait d'une « forte sympathicotomie » (Marcel Labbé, Gilbert-Dreyfus). Il peut également augmenter de volume du fait d'épisodes de la vie génitale (grossesses par ex.). On doit observer, lors de ces poussées congestives un renforcement dans l'intensité du souffle. Inversement, une malade étant en voie de guérison et voyant son goitre diminuer, on observera une diminution du souffle qui pourra même disparaître complètement. Les variations du souffle pourront donc constituer un appoint de plus, comme tests d'amélioration ou d'aggravation de la maladie.

III. — PATHOGÉNIE DU SOUFFLE CONTINU

Les souffles thyroïdiens ayant été fort peu étudiés, on s'est occupé moins encore d'élucider leur pathogénie. Celle-ci étant complètement ignorée, nous essayerons seulement de donner une théorie plausible susceptible d'expliquer la production du souffle continu. Ce qui paraît certain, c'est que le souffle est lié à la vascularisation du goitre. La particularité du souffle étudié est d'être continu à renforcement systolique. C'est ce qui constitue son originalité. Or peu d'affections dans l'organisme sont susceptibles de donner cette continuité dans le souffle. Pour qu'elle existe il faut qu'une communication assez large soit réalisée entre le système artériel et le système veineux. Deux affections, l'anévrisme artério-veineux et la persistance du canal artériel (réunissant normalement l'aorte et l'artère pulmonaire pendant la vie fœtale) sont capables de donner un signe analogue. On constate fréquemment aussi, au niveau du pédicule thyroïdien supérieur, dans le basedowisme, un frémissement vibratoire ou thrill « entendu par le doigt qui palpe » (Duval) comme dans l'anévrisme artério-veineux.

De cette similitude dans les deux affections, nous nous inspirerons pour essayer de déduire la pathogénie du souffle thyroïdien.

Dans l'anévrysme artério-veineux la physiologie pathologique est très simple. « Le sang soumis dans l'artère à une pression relativement élevée, tandis qu'elle est presque nulle dans la veine, passe forcément dans la veine sans aucune difficulté » (Lecène). Cette dénivellation considérable de pression a pour résultat la production d'un souffle. Il existe, en effet, une véritable chute de pression quand le sang passe du système artériel dans le système veineux, car on sait que la pression veineuse est pour ainsi dire nulle. L'explication du souffle systolique est commode. Du fait d'une large communication existant entre l'artère et la veine dans l'anévrysme artério-veineux, le sang artériel n'a aucune difficulté à passer dans la veine au cours de la systole cardiaque d'où production d'un premier souffle. L'ondée sanguine artérielle continuant sa marche pendant la diastole, le sang artériel continue à passer dans la veine, bien que la pression *du sang artériel* soit moindre qu'auparavant car ce sang ne rencontre aucune résistance à vaincre du côté du sang veineux (d'où production d'un souffle diastolique).

On peut imaginer une théorie analogue à celle que nous avons donnée pour la pathogénie du souffle de l'anévrysme artério-veineux, pour expliquer la pathogénie du souffle thyroïdien continu.

La vascularisation du goitre est énorme. Il y a

dilatation considérable des petits vaisseaux, artérioles, capillaires, veinules. De ce fait il existe une communication large entre le système artériel et le système veineux : D'autre part il y a *une vaso-dilatation* active. Il en résulte que le sang circule abondamment et rapidement. On voit par conséquent que se trouvent réalisées dans une certaine mesure des conditions anatomo-physiologiques qui rappellent celles des anévrysmes artério-veineux. On peut concevoir, comme précédemment, une véritable dénivellation, ou plutôt une véritable chute de pression du sang, quand celui-ci passe du système artériel dans le système veineux. Cette chute de pression constante entre les sangs situés dans les 2 systèmes veineux et artériel, serait pour nous à l'origine de la production de souffle que nous étudions.

IV. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU SOUFFLE

L'existence même du souffle continu thyroïdien supérieur ne saurait être contestée. Les observations que nous avons rapportées en fournissent une preuve certaine. Certains auteurs voudraient le méconnaître et ne voir en lui qu'un souffle artificiel produit par la pression du sthétoscope. Or la simple apposition de ce dernier permet de l'entendre sans qu'il y ait à faire intervenir une question de compression artérielle. Il s'agit donc d'un signe nettement pathologique. L'observation VI est particulièrement intéressante. Cette malade présentait un souffle thyroïdien continu alors qu'elle n'était pas porteuse de goitre, et que les petits signes oculaires et l'exophtalmie étaient absents.

Dans les observations du service du Dr Lian de goitre avec souffle continu thyroïdien il s'agissait toujours d'un goitre exophtalmique, presque toujours d'un goitre exophtalmique avéré, exceptionnellement d'un goitre fruste.

Dans le dossier des goitres simples du service du Dr Lian nous n'avons pas rencontré une seule observation avec un souffle continu thyroïdien supérieur

Dans les tableaux schématiques traçant la distinction entre le goitre exophtalmique vrai et le goitre adénomateux toxique on trouve habituellement mentionné que les souffles thyroïdiens sont très rares dans le goitre adénomateux, tandis qu'on les trouve dans 50 à 60 % des goitres exophtalmiques vrais.

Le fait que le souffle continu n'a jamais été rencontré que chez des sujets présentant une augmentation du métabolisme basal donne à ce signe une valeur indiscutable. On peut même le considérer comme un signe pathognomonique du basedowisme. Sa constatation doit avoir une valeur diagnostique décisive. Certes il faut compter avec la coïncidence possible d'un anévrisme artério-veineux et d'un goitre simple, mais pareille association ne peut être qu'une curiosité clinique et la notion d'un traumatisme du cou mettrait sur la voie du diagnostic.

En réalité, le seul reproche qu'on puisse faire au souffle continu thyroïdien, est qu'il est inconstant. Observé dans le cinquième des cas seulement, il convient d'autre par de n'appeler souffle continu thyroïdien que le souffle perçu à l'auscultation du pédicule thyroïdien supérieur. Sans cette précaution on pourra être induit en erreur, erreur qui consistera à prendre le souffle continu pour un souffle veineux sans aucune valeur diagnostique.

Ainsi compris, ce signe mérite de prendre rang dans la série des symptômes qui aident au diagnostic souvent si délicat des formes frustes du

basedowisme. Certes, il est inconstant mais, à part la tachycardie et l'élévation du métabolisme basal, quels sont les signes constants dans les syndromes basedowiens ?

En présence de ces difficultés, le souffle continu thyroïdien supérieur, qui a l'avantage de pouvoir être recherché facilement en pratique, pourra quelquefois, devant l'apparition de signes physiques nets, permettre l'identification de syndromes basedowiens frustes et la mise en œuvre précoce d'une thérapeutique appropriée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Lian, 1929).

Mlle P..., 16 ans 1/2.

25 juin 1929. — Cette malade présente depuis 2 ans un cou un peu gros. Les yeux sont ensuite devenus saillants. Soignée depuis novembre dernier, on a trouvé d'abord une augmentation du métabolisme basal de 45 %, puis il fut normal ; enfin, en juin, il était augmenté de 37, 5 %.

Antécédents personnels. — A l'âge de 2 ans, a subi l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes. Elle avait alors le corps thyroïde un peu gros et déjà quelques palpitations.

De février dernier à l'époque actuelle, elle a maigri de 6 kgr. Elle est actuellement instable, ne dort pas mal, mange beaucoup ; pas de diarrhée, n'a jamais eu de douleurs articulaires.

Règles apparues à l'âge de 12 ans. C'est seulement, depuis 6 mois, qu'elle a des règles normales.

Examen. — Glande thyroïde augmentée de volume global. Souffle continu thyroïdien maximum, en dedans du lobe latéral thyroïdien droit. Pas d'hyperesthésie thyroïdienne.

Exophtalmie légère mais nette. Pas de petits signes oculaires.

Examen cardio-vasculaire. — Petit pialement sensiblement systolique et ébauche de souffle diastolique mais ne donnant pas l'impression franche du double souffle classique disparaissant complètement dans l'arrêt inspiratoire forcé.

Pouls : 136, régulier. T. A. 15 1/2, 6 à 7. I. o = 8.

OBSERVATION II (Lian, 1928).

M. S..., 26 ans.

Après des privations supportées pendant 2 mois, va à Berck où il tombe malade. A ce moment-là, le médecin qui l'examine constate la présence d'un petit goitre. Récemment on commence un traitement par la radiothérapie thyroïdienne.

Actuellement, il se sent faible, présente des bouffées de chaleur, a des crises diarréiques terribles, des palpitations. Amaigrissement de 14 kilogs.

Examen du corps thyroïde. — Augmentation de volume moyen et global du corps thyroïde. Légère hyperesthésie thyroïdienne.

L'auscultation de la glande révèle l'existence d'un souffle thyroïdien continu à gauche. Ce souffle n'est perçu que dans le décubitus. On ne l'entend pas lorsque le malade est assis.

Exophtalmie légère mais nette. Signe de De Graefe très net. Tremblement. Malade très maigre, agité.

Pouls : 100 (couché).

Métabolisme basal augmenté de 40 %.

OBSERVATION III (1925).

Mme G...

26 octobre 1925. — Partie bien portante en Auvergne où elle séjourne 1 mois 1/2, elle présente, lors de ce séjour, un amaigrissement de 8 livres. Elle pesait 70 kilogs à son retour à Paris le 1^{er} septembre. Depuis cette époque jusqu'à la date indiquée ci-dessus, a encore maigri de 3 kilogs. L'appétit n'a guère changé. Elle allait régulièrement à la selle avant son départ pour l'Auvergne. Elle présente là-bas trois selles par jour, selles plutôt diarrhéiques, maintenant elle a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Elle ne présente pas de changement du caractère, dort bien, mais elle se plaint ces temps-ci d'avoir la sensation d'avoir toujours trop chaud. Pas de tremblement. Dernières règles moins abondantes. Le cou n'est pas augmenté de volume. Les yeux ne présentent pas d'exophtalmie. Pas de fièvre.

Le médecin traitant, pensant à des troubles gastro-intestinaux, prescrit de la pepsine.

Examen. — Légère augmentation globale du corps thyroïde. Pas d'hyperesthésie de la région thyroïdienne. L'auscultation de la glande permet d'entendre un souffle systolique au niveau du pôle supérieur du lobe latéral droit, avec ébauche de prolongation dans la diastole. On ne sent pas de thrill. Pas de petits signes oculaires.

La malade présente un peu d'agitation pendant l'examen. Légère exagération des réflexes rotuliens. Tremblement léger.

Examen cardio-vasculaire. — T. A. 14-7. I. o = 4.

Bruits artériels vibrants. Pouls 112, que la malade soit couchée ou debout pouls régulier.

Métabolisme basal = + 29 %.

Décembre 1928. — Pendant 3 mois, la malade a subi un traitement par les rayons X.

Peu à peu, tous les symptômes disparaissent. La malade va bien, a l'impression qu'elle est bien portante comme avant sa maladie.

Examen. — Légère augmentation globale du corps thyroïde, peut-être.

Aucun signe oculaire.

Le souffle continu n'est plus perçu à l'auscultation de la glande.

Pouls 72 (malade assise).

OBSERVATION IV (1930)

Mme L..., 24 ans.

18 juin 1930. — Dès octobre 1929, la malade constate qu'elle avait peut-être les yeux légèrement plus gros que normalement. D'octobre à janvier, pas d'amaigrissement. En novembre 1929, la mère de la malade remarque que la respiration nocturne est un peu plus bruyante. Fin décembre, elle présente un peu d'énervement.

Mais en janvier 1930, vomissements, excitation nerveuse considérable, amaigrissement de 10 kilos en 10 jours. Depuis janvier les règles ont beaucoup diminué et la malade présente un peu de gêne respiratoire permanente. Le cou et les yeux ont grossi, au moins depuis janvier.

D'une forte corpulence dès sa jeunesse et ayant atteint le poids de 90 kilogs, elle maigrit successivement, ne pesant plus en décembre que 81 kilogs et en pesant maintenant 71.

A un enfant de 5 ans. A beaucoup grossi depuis cette grossesse (150 livres avant grossesse).

Examen. — Augmentation nette du volume global du corps thyroïde.

Hyperesthésie de la région thyroïdienne, exophtalmie. Souffle continu thyroïdien à droite. Pas de petits signes oculaires. Tremblement léger.

T. A. : 16-7. I. o = 4. Pouls à 130.

Poumons, foie : o.

Réflexes rotuliens faibles.

Métabolisme fait à Tenon = + 25 %. Opérée en juillet par M. Welti la malade est maintenant guérie.

OBSERVATION V (Lian)

Mme Balav... Germaine, 24 ans.

La malade a remarqué, depuis 4 ans, époque de son mariage, que son cou grossissait peu à peu. Mais depuis un mois il a grossi de façon beaucoup plus rapide. La malade présente des hémoptysies mais il ne semble pas que la tuberculose soit en cause.

Goitre. — Actuellement on constate une hypertrophie diffuse du corps thyroïde. L'auscultation de la glande révèle la présence d'un souffle thyroïdien continu, très net à droite. Un frémissement est perceptible à la palpation.

Hyperesthésie nette de la région thyroïdienne.

Pouls : 130. T. A. : 15, 5-8. I. o = 9.

Exophtalmie. — Légère. Eclat du regard. Signe de De

Graefe. Tremblement et même parfois soubresauts musculaires. Peau moite. Sueurs. La malade très nerveuse se met facilement en colère.

Amaigrissement de 4 kilogs en un mois.

Métabolisme basal. — + 60 %.

OBSERVATION VI (1930)

Mme C..., 49 ans.

Malade auprès de laquelle le Dr Lian a été appelé le 2 juin 1930. Cholécystectomie le 28 mai 1930. Après l'intervention, arythmie complète et le Dr Lian, qui avait plusieurs années auparavant soigné cette malade pour un syndrome basedowien, a alors diagnostiqué une poussée passagère d'hyperthyroïdisme. A cette époque, la malade présente un souffle thyroïdien continu d'une grande intensité. On prescrit de la digitaline et 10 centigrammes d'iode, vingt jours par mois. La malade s'améliore en quelques jours.

En fin juin la malade se trouve bien mieux qu'avant l'intervention au point de vue cardiaque.

Le cœur est régulier (82 pulsations).

A l'examen du corps thyroïde on ne constate pas la moindre augmentation de ce dernier qui n'est même pas nettement perçu bien que la maigreur du cou facilite l'examen. Mais à l'auscultation du pédicule thyroïdien supérieur gauche on perçoit, même en effleurant à peine les téguments, un souffle continu très intense, un peu musical même. Ce souffle existe immédiatement au-dessus et au-dessous du point maximum.

Il n'existe pas de souffle veineux dans le triangle de Sédillot.

Du côté droit, au niveau du pédicule thyroïdien supérieur on n'entend qu'un léger souffle systolique. Le pouls veineux est très ample dans le triangle de Sédillot mais on ne constate pas la présence de souffle veineux.

Le souffle continu perçu à gauche ne s'accompagne pas de thrill.

Pas d'exophtalmie bien caractérisée, on ne trouve pas de petits signes oculaires. Dans l'attitude du serment le tremblement est à peine appréciable.

Les règles qui avaient disparu 2 à 3 mois avant l'intervention n'ont pas reparu depuis. On a constaté une augmentation de poids de 7 kilogs après l'opération.

Les réactions vaso-motrices sont très intenses là où on a recherché le souffle et l'hyperesthésie.

Métabolisme basal = + 13,9 %.

L'iode la soulage bien.

Actuellement pouls : 94 debout.

OBSERVATION VII (année 1928).

Mme G..., 28 ans.

13 octobre 1928. — Mariée depuis 8 ans, n'a jamais eu de grossesse. Depuis 2 ans environ le corps thyroïde augmente de volume. Cela a d'abord été imperceptible puis c'est devenu plus net. Les yeux sont devenus gros.

Actuellement la malade se plaint de palpitations, de dyspnée, d'effort, de tremblement. L'amaigrissement s'est fixé et la malade croit même avoir repris un peu de poids main-

tenant. Il s'agit d'une personne très nerveuse, très irritable. Jamais de diarrhée. Les règles sont devenues plus abondantes pendant la maladie.

La malade se plaint encore d'avoir les yeux douloureux depuis 6 mois, larmoyants. Ses yeux seraient devenus plus gros alors que tous les autres symptômes ont régressé.

Examen. — Goitre global mais plus accentué dans la région de l'isthme. Il n'est pas dur. Pas d'hyperesthésie de la région thyroïdienne.

L'auscultation du corps thyroïde permet d'entendre un remarquable souffle continu maximum au niveau du pédicule supérieur gauche. Là il est si intense qu'on le perçoit avec le sthétoscope à quelques millimètres de la peau et à droite et à gauche il est très fort, si faible que soit la pression du sthétoscope. A gauche il est un peu musical.

Exophtalmie manifeste qui élargit la fente palpébrale. Pas de signe de De Graefe, ni de Moebius, ni de Stellwag, Pigmentation des paupières. Il n'y a pas de tremblement pour ainsi dire. Pas d'Argyll. Les réflexes rotuliens et achilléens sont présents.

Etiologie incertaine.

T. A. : 14-8. I. o = 6. Pouls : 84, régulier.

OBSERVATION VIII (Lian, 1925).

Mme Schm., 43 ans.

Depuis 10 ans environ cette malade présente des troubles fonctionnels d'allure basedowienne. Le goitre de consistance variable est de la grosseur du poing. La palpation du corps thyroïde révèle la présence de nodules relativement durs.

Tachycardie. Pas d'arythmie. L'auscultation du corps permet d'entendre :

Du côté gauche : un souffle thyroïdien continu.

Du côté droit : un souffle systolique seulement.

Le tremblement est net.

L'exophtalmie est formidable, plus marquée à gauche. Le signe de De Graefe est extrêmement net.

OBSERVATION IX (1927).

Mme Stemm., Valentine, 34 ans.

La malade vient consulter à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Lian pour douleurs stomacales continues, renvois, palpitations et parfois douleurs et battements dans la région sous-hépatique. Dès le premier jour de ces troubles gastriques la malade aurait remarqué une augmentation subite du volume de son cou. Elle a eu des battements violents de la région carotidienne gauche.

Elle s'est plainte de troubles oculaires, vue trouble, mouches volantes devant les yeux. Elle n'aurait jamais eu de tremblement au niveau des mains. Par contre elle présenterait du tremblement des membres inférieurs en marchant.

Antécédents héréditaires et personnels. — Père mort d'hémiplégie.

Grippe en 1918. Congestion pulmonaire, 2 fausses couches de 6 mois 1/2.

Examen du Dr Lian :

Goitre. — Augmentation globale du corps thyroïde.

Pas de douleur à la déglutition. A l'auscultation de la

glande, on entend un gros souffle au niveau des carotides, sans qu'on appuie le sthétoscope, souffle long qui ne ressemble pas à celui que l'on entend dans les cas normaux, le souffle paraît continu ou presque.

On constate une hyperesthésie qui se superpose très nettement aux limites du corps thyroïde.

Insomnie au début. Pas de tremblement. Une petite tremulation vague seulement est constatée.

Pas de signes oculaires. Pas d'exophtalmie.

Changement de caractère. La malade est devenue « très méchante », dit-elle.

Cœur : Souffle systolique au foyer pulmonaire.

Étiologie incertaine : Pas de contrariétés ni d'émotions.

B.-W. : faiblement +.

OBSERVATION X

Mme Guillom., 47 ans.

Mauvais état de santé depuis déjà 8 ans.

On ne retrouve pas dans les antécédents d'émotion brutale, mais du surmenage seulement. Brusquement la malade ressent (il y a 8 ans) de violentes palpitations. Pendant des années elle est traitée pour ces malaises et c'est il y a seulement six mois qu'on a pensé à un goitre exophtalmique et qu'on a institué un traitement par la radiothérapie sans résultat d'ailleurs.

Actuellement la malade se plaint d'un amaigrissement marqué (de 10 kgr. pendant ces 6 derniers mois) mais surtout de tremblement et de palpitations.

Elle présente une irritabilité du caractère, une insomnie marquée. L'appétit est bien conservé.

La malade ne tousse pas en général, mais présente de temps à autre une expectoration rosée sans cause appréciable. Il n'y a pas de troubles des règles.

Goitre : Le goitre, de petites dimensions, ne semble pas avoir augmenté ces temps derniers d'après la malade. A l'auscultation on entend un souffle thyroïdien continu, piaulant, maximum à gauche. On trouve également un frémissement tactile à la palpation.

Pas d'hyperesthésie.

Exophtalmie et tremblement marqués.

Pouls à 128 à la minute.

Traitée par la réflexothérapie.

OBSERVATION XI

Mme Ping..., 52 ans.

Vient consulter à l'hôpital Tenon, car elle se plaint de dyspnée d'effort, palpitations, œdème des membres inférieurs. C'est au cours de sa seconde grossesse, il y a 25 ans, que la malade constata pour la première fois ses palpitations. C'est vers la fin de cette grossesse que celles-ci firent leur apparition et elles disparurent après l'accouchement. De cette époque jusqu'à il y a 3 mois la malade s'est très bien portée. A peine a-t-elle constaté que l'essoufflement augmentait légèrement.

Il y a quatre à cinq mois elle remarque qu'elle éprouve une certaine gêne en se couchant sur le côté gauche. Elle se sent oppressée. En même temps apparaissent de violentes

palpitations durant peut-être $1/4$ de minute, se répétant plusieurs fois par jour et survenant également la nuit. En même temps la dyspnée d'effort augmente beaucoup. Enfin la malade a constaté il y a 8 jours l'apparition d'œdème au niveau des membres inférieurs.

Elle maigrissait un peu depuis un an, mais elle a maigri de 5 kilos durant les 5 derniers mois. Tremblement.

Examen du corps thyroïde. — Les 2 lobes et l'isthme du corps thyroïde sont augmentés de volume, mais le goitre n'est pas très volumineux cependant. L'auscultation permet d'entendre un souffle continu à renforcement systolique particulièrement au niveau du pôle supérieur du lobe gauche ou plus exactement à la jonction du lobe gauche et du lobe médian. En dehors du corps thyroïde pas de thrill. Pas de stigmate de syphilis. Aucun signe oculaire petit ou grand. Hyperesthésie légère de la région thyroïdienne.

T. A. : 17 $1/2$ -8. Pouls: 124.

Foie : déborde un peu le rebord costal (13 cm. de hauteur). Le foie n'est pas plus douloureux que la fosse iliaque droite.

Œdèmes des chevilles permettant d'avoir le signe du godet. Il y a des traces d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XII (1921).

Mme Duv..., 31 ans.

Elle rattache tous ses troubles basedowiens à l'émotion que lui causa la délivrance de Lille où elle résidait pendant la guerre. Quelques jours après elle remarque que son cou

était plus gros et que ses yeux, surtout le droit, étaient plus saillants.

Nervosisme. Insomnie. Tremblement. Palpitations.

Elle est tout d'abord traitée à l'hématoéthyrôïdine sans résultat, puis subit cinq séances de radiothérapie et, deux mois après, son goitre et l'exophtalmie avaient beaucoup diminué. Mais l'amélioration ne fut pas durable. Entre temps, elle avait eu une angine diphtérique pendant laquelle son goitre avait grossi.

Actuellement, les troubles fonctionnels (palpitations, tremblement, agitation, irritabilité, insomnie, amaigrissement, sueurs, diarrhée) sont très prononcés.

A l'auscultation du corps thyroïde on note la présence d'un souffle thyroïdien continu au niveau de l'isthme et du lobe latéral droit qui sont augmentés de volume.

T. A. : 11-6. Pouls : 132.

OBSERVATION XIII

Mme P..., 46 ans.

1^{er} février 1923. — *Antécédents*. — Rhumatisme articulaire il y a 10 ans ayant duré deux mois. Fièvre, polyarthrite, quelques troubles cardiaques pendant le rhumatisme. Il y a 8 ans sans raison (pas d'émotions violentes), elle a commencé à voir son cou grossir, puis elle est devenue très nerveuse.

Troubles fonctionnels marqués (amaigrissement, sommeil agité, tremblement, palpitations). Appétit normal.

Le cou a grossi peu à peu. L'exophtalmie fut remarquée par le mari de la malade. Des palpitations se sont installées

d'abord à l'effort puis même au repos. La malade éprouve dit-elle des sensations de choc au niveau de son cœur. Les règles disparaissent, mais il n'y a pas une augmentation nette des troubles depuis la suppression des règles, sauf peut-être des bouffées de chaleur au visage. La malade n'est point frileuse, au contraire, elle éprouve une sensation de chaleur permanente. Le médecin appelé a posé le diagnostic de goitre exophtalmique.

Actuellement, elle se plaint de tremblement, d'émotivité exagérée, de palpitations et de dyspnée d'effort.

Examen du corps thyroïde. — Goitre de la grosseur d'un œuf, localisé au lobe gauche. Un peu d'hyperesthésie au niveau du creux sus-claviculaire droit, pas du tout au niveau du lobe gauche, très peu en général dans la région thyroïdienne.

On entend à l'auscultation un souffle thyroïdien continu à renforcement systolique en dedans du pôle supérieur du lobe gauche. On entend encore le souffle dans la région de l'isthme, mais il n'y a pas à proprement parler de souffle continu dans le lobe droit.

A l'auscultation du goitre gauche lui-même, le souffle n'est pas perçu.

Signes oculaires :

Signe de De Graefe : très net.

Signe de Moebius : peu net.

Elargissement de la fente palpébrale.

Examen cardio-vasculaire. — Pointe du cœur dans le 5^e espace.

T. A. : 15 1/2-8 1/2. Pouls : 160. Irrégularité complète.

OBSERVATION XIV

Mlle M. M..., 26 ans, domestique de ferme.

Entrée à l'Hôpital Tenon, le 21 octobre 1921 pour sensation de constriction thoracique surtout à gauche et pour dyspnée.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 48 ans de tuberculose pulmonaire. Père bien portant.

Antécédents collatéraux. — Pas de goitre dans la famille. Aucune maladie nerveuse grave, une sœur de caractère emporté.

Antécédents personnels. — Bien réglée, bien portante d'habitude. Dyspnée d'effort. Palpitations à la course. Pas de maladies graves.

Histoire de la maladie. — La malade fait remonter le début de sa maladie à une émotion très violente (Accident de voiture). Après l'accident le sujet présente de violentes céphalées des étourdissements, des vertiges, des palpitations, des bouffées de chaleur au visage. Calme, tranquille avant l'accident elle devient d'un caractère emporté et on lui donne pour cette raison du bromure sans résultat d'ailleurs.

En 1919, six mois environ après l'accident, l'entourage s'aperçoit que la malade a les yeux brillants, congestionnés, puis ceux-ci deviennent de plus en plus saillants jusqu'à l'exophtalmie actuelle.

En septembre 1919, ayant eu une angine on se rend compte que le cou est gros.

Tous les troubles fonctionnels ont augmenté progressivement depuis octobre 1918.

En octobre 1921, yeux brillants. Exophtalmie marquée.

Cou tuméfié au niveau du corps thyroïde. Tuméfaction portant régulièrement sur tout l'organe. Consistance molle. Pas de kyste ni de sclérose.

Cœur. — Souffle systolique de la base.

T. A. : 13 1/2-6. Température : 37°7.

Un traitement par la quinidine et la radiothérapie est institué.

7 septembre 1922. — *Examen du corps thyroïde*. On constate une tuméfaction diffuse. Pas d'hyperesthésie thyroïdienne mais l'auscultation révèle la présence d'un souffle continu thyroïdien (systolique et diastolique) perçu sur toute l'étendue du goitre ainsi qu'au pourtour, et particulièrement net en dedans de la corne supérieure du lobe latéral droit. On ne trouve pas de frémissement net à la palpation.

Examen oculaire exophtalmie évidente. Inocclusion des paupières. Pas de pigmentation.

T. A. : 13 1/2-7. Pouls : 96.

OBSERVATION XV (1920).

M. L..., 49 ans.

Ce malade en traitement depuis une dizaine de jours à l'hôpital Saint-Antoine entre dans le service de M. Lian pour raison administrative.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique bossu, mort à 40 ans.

Mère morte à 65 ans.

Tous deux avaient un tempérament très nerveux.

Antécédents personnels. — Crise de rhumatisme arti-

culaire aigu à 14 ans (15 jours de lit). A toujours eu des palpitations même dans son enfance pour des raisons diverses (contrariétés, digestions difficiles, efforts) ; de tempérament emporté.

En novembre 1920, le malade constate que ses forces diminuent. Un tremblement léger s'installe au niveau des mains ne le gênant pas trop pour son travail.

En décembre 1920, il commence à souffrir de l'épaule gauche. Les mouvements de cette articulation sont fort limités et douloureux. Le médecin parle de rhumatisme et constate lors de son examen une hypertrophie du corps thyroïde. Mais le malade ayant maigri de 13 kilogs ne s'en était point rendu compte. Envoyé à Saint-Antoine on lui fait des séances hebdomadaires de radiothérapie. Après 2 séances il lui semble que le tremblement a diminué.

En avril 1921, sa femme est frappée par la saillie de ses yeux, surtout certains jours.

T. A. : 12 1/2-6. I. o = 9. Pouls : 100.

Examen du corps thyroïde. — Lobes droit et gauche augmentés de volume. Lobe médian divisé par une véritable scissure qui partage l'isthme en 2 moitiés à peu près égales. A l'auscultation de la glande souffle systolique au niveau du lobe gauche et du lobe médian. Le souffle est superficiel. Dans la profondeur on perçoit des battements artériels relativement forts.

Au niveau du lobe droit murmure continu à renforcement systolique surtout bien perçu avec le stéthoscope en bois. A noter qu'au niveau du lobe gauche le souffle est continu à certains moments. Pas de thrill.

Tremblement minime des membres supérieurs et de la

langue. En cherchant l'hyphæresthésie thyroïdienne avec l'épingle on la trouve nettement au niveau du lobe droit.

Palpation. — Immédiatement en dedans du pôle inférieur du lobe droit petit thrill systolique mais on le perçoit plus nettement et d'une manière plus intense à gauche où il y a un thrill continu sur le bord antérieur du lobe latéral près du sommet en un point où l'on voit un battement artériel, point qui correspond à l'artère thyroïdienne supérieure. La palpation de la partie inférieure au bord postérieur du lobe latéral permet également de sentir un thrill. Toujours du côté droit au niveau du pôle supérieur et en dedans de ce pôle l'auscultation permet d'entendre un souffle continu à renforcement systolique qui est grave et rude.

Au niveau du lobe latéral gauche on entend également un souffle continu mais plus discret. Au niveau du pôle inférieur du côté gauche on trouve les mêmes symptômes mais ils sont moins nets.

Cœur. — Pointe du cœur dans le 5^e espace en dedans du mamelon. Auscultation négative.

T. A. ; 14 1/2-7. I. 0 = 12. Pouls 112.

CONCLUSIONS

1° Les souffles perçus à l'auscultation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique rentrent dans deux grandes variétés :

a) le souffle systolique ;

b) le souffle continu.

C'est là une distinction capitale car elle permet de donner au souffle continu sa valeur séméiologique considérable jusqu'à présent méconnue, en précisant l'absence de valeur diagnostique du souffle systolique.

2° Le souffle continu mérite d'être appelé le souffle continu thyroïdien supérieur en raison de sa localisation maxima bien spéciale qui permet de le différencier aisément des souffles continus jugulaires.

Le souffle est continu à renforcement systolique. Son foyer d'auscultation est le pédicule thyroïdien supérieur, immédiatement avant sa pénétration dans le pôle supérieur du lobe latéral.

Le souffle est toujours moins intense à l'auscultation du corps thyroïde lui-même, il arrive même qu'il n'est perçu qu'à l'auscultation du pédicule thy-

roïdien supérieur et qu'il n'est pas entendu à l'auscultation de la glande.

Le souffle continu s'accompagne d'un thrill également continu à renforcement systolique.

Il varie parallèlement à l'hyperthyroïdie elle-même, s'accroît à l'occasion d'une poussée basedowienne diminue puis disparaît avec la régression des accidents basedowiens.

On le rencontre dans 20 % des cas de goitre exophtalmique.

3° Le mécanisme de ce souffle continu semble être lié à la vaso-dilatation active et considérable dont le goitre est le siège dans la maladie de Basedow. La grande dilatation des artéioles, des capillaires et des veinules réalise une large et facile communication entre le sang artériel et le sang veineux. Ainsi se trouvent constituées des conditions anatomo-physiologiques, rappelant celles des anévrysmes artério-veineux d'où la production d'un souffle continu à renforcement systolique.

4° Nous n'avons rencontré le souffle continu thyroïdien supérieur que dans le goitre exophtalmique, presque toujours goitre exophtalmique avéré, plus rarement goitre exophtalmique fruste. Nous ne l'avons jamais trouvé dans les goitres simples. Il est considéré comme rare dans le goitre adénomateux toxique tandis qu'il est observé dans 21 % des cas de goitres exophtalmiques vrais.

Nous considérons donc le souffle continu thyroïdien supérieur comme un signe pathognomonique

du goître exophtalmique. La coïncidence fortuite d'un goître simple et d'un anévrysme artério-veineux est une éventualité trop rariissime pour qu'elle diminue la valeur séméiologique de ce souffle.

Enfin il ne peut être confondu avec les souffles continus jugulaires fréquents dans les états anémiques. En effet nous avons précisé que la localisation de ces souffles continus jugulaires est toute différente, leur foyer d'auscultation étant situé au voisinage du pôle inférieur du lobe latéral.

5° La constatation d'un souffle continu thyroïdien supérieur est donc susceptible de rattacher à l'hyperthyroïdisme certains syndromes basedowiens frustes.

Il n'est pas d'autre signe clinique du goître exophtalmique qui à lui seul ait une pareille valeur décisive dans le diagnostic des états d'hyperthyroïdie.

Vu : le Président de la thèse,

E. SERGENT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Harvier*. — Collection Sergent (Traité de pathologie interne. Glandes endocrines. Sympathique).
- Lian et Blondel*. — Les tachycardies permanentes régulières (Pratique médicale illustrée. Doin éditeurs. Paris, 1930).
- Dechambre (A.)*. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.
- Gilbert-Dreyfus*. — L'hyperthyroïdisme et son traitement. Thèse Paris, 1930.
- Lafaix (A.-G.)*. — Le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne. Thèse Paris, 1923.
- Besson (Mlle Andrée)*. — Les goitres basedowifiés. Thèse Paris, 1927.
- Lenormant*. — Précis de pathologie chirurgicale. Edition Masson.
- Souques (A.)*. — Traité de pathologie interne (Collection Roger-Teissier-Widal). Pathologie des glandes endocrines.
- Poirier*. — Traité d'Anatomie.
- Grégoire et Oberlin*. — Précis d'Anatomie. Tête et cou, organes des sens.
- Labbé, Azerad, Gilbert, Dreyfus*. — Congrès français de médecine de Liège (Rapport sur les hyperthyroïdies, 1930. Masson Editeurs).
- Merklen et Heitz*. — Séméiologie cardio-vasculaire.
- Branca (A.)*. — Précis d'histologie. Editions Baillière et fils.
- Lian (G.)*. — Presse médicale, 26 décembre 1918.

Lian. — Bulletin Société médicale, 15 novembre 1918, p. 1041-1046.

— Bulletin Société médicale, 18 janvier 1923. Le François Editeur, Paris.

Lecène. — Précis de pathologie chirurgicale (Maladies des artères. Masson, Editeur).

1291.— Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie 15, rue Racine, Paris. — 4-31
